

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da qualidade da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Centro, em São Sepé/RS

Merlys Cristina Serrano Caballero

Pelotas, 2015

Merlys Cristina Serrano Caballero

Melhoria da qualidade da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Centro, em São Sepé/RS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família- Modalidade à Distância, da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Douglas Augusto Schneider Filho.

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

C112m Caballero, Merlys Cristina Serrano

Melhoria da Qualidade da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Centro, Em São Sepé/RS / Merlys Cristina Serrano Caballero; Douglas Augusto Schneider Filho, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

86 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Doença Crônica 4. Diabetes Mellitus 5. Hipertensão I. Schneider Filho, Douglas Augusto, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A você, filho meu, por tantas horas que estou sem você, e pela força que me dá para continuar.

Agradecimentos

Ao realizar este projeto, tive a cooperação de muitas pessoas. A todos manifesto minha gratidão por seus esforços e pelo apoio ao trabalho realizado. Foi um grande privilegio trabalhar com vocês.

Agradeço também, com sinceridade, a toda a equipe da UBS Centro, por seu apoio e dedicação para a realização deste trabalho.

Agradeço igualmente aos meus pais e a meu filho, pelo apoio incondicional durante os anos nos quais estou distante de todos eles.

Ao Dr. Rogerio Linhares, por esclarecer muitas dúvidas ao longo da minha trajetória de trabalho.

E, com minha sincera gratidão, ao Dr. Douglas Schneider Filho, por, com toda a sua paciência e experiência, ter me apoiado tanto para que eu conseguisse finalizar este trabalho.

Resumo

Serrano Caballero, Merlys Cristina. **Melhoria da qualidade da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Centro, em São Sepé/RS.** 2015. 86p. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas muito importantes em todos os países, pelas suas elevadas incidências e prevalências, pelas repercussões que provocam na qualidade de vida dos portadores, e pelas suas consequências socioeconômicas, apesar dos esforços para evitar sua ocorrência e controlar suas complicações. O trabalho trata de uma intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde Centro, do município São Sepé, Rio Grande do Sul, entre os meses de maio e agosto dos 2015, com a duração de 12 semanas. Esse trabalho teve como objetivo melhorar a qualidade da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na área de abrangência da unidade básica de saúde Centro. Residem na área 2705 usuários com 20 ou mais anos de idade, dos quais 614 (22,7%) são pessoas com hipertensão e 151 (5,6%) são pessoas com diabetes. Participaram da intervenção um total de 241 usuários, sendo 215 pessoas com hipertensão (cobertura de 35,0%) e 62 pessoas com diabetes, (cobertura de 41,1%). Realizamos ações nos quatro eixos temáticos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Todos os usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus cadastrados receberam exames clínicos e realizaram exames laboratoriais de acordo com o protocolo, enquanto 75,3% das pessoas com hipertensão e 82,3% das pessoas com diabetes passaram por avaliação do risco cardiovascular. Todos os cadastrados com indicação de tratamento medicamentoso receberam prescrições de medicamentos disponíveis na Farmácia Popular e/ou na Unidade Básica de Saúde. Conseguimos, com o apoio de líderes comunitários, recuperar todos os usuários faltosos às consultas (100%). Além disso, 75,3% das pessoas com hipertensão e o 85,5% das pessoas com diabetes passaram por avaliação das necessidades de atendimento odontológico. Todas as pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes cadastradas na intervenção foram orientados sobre alimentação saudável, prática de atividades físicas, riscos do tabagismo e importância da higiene bucal. Assim, grande parte dos usuários cadastrados na intervenção foram avaliados e receberam o tratamento de que necessitavam. Os registros dos atendimentos e atividades foram feitos regularmente, o que permitiu o monitoramento constante das programações. A intervenção propiciou, dessa forma, a melhoria da qualidade da atenção dos usuários com HAS e DM, e todas as ações foram incorporadas à rotina de trabalho da UBS Centro.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figura 1. Localização geográfica do município de São Sepé, RS. | 133 |
| Figura 2: Fotografia da Equipe da UBS Centro | 144 |
| Figura 3: Fotografia Auxiliar de Enfermagem fazendo aferição de PA na UBS Centro. São Sepé/RS. 2015.. | 533 |
| Figura 4: Fotografia Auxiliar de Enfermagem fazendo aferição de HGT na UBS Centro. São Sepé/RS. 2015..... | 533 |
| Figura 5: Fotografia Discussão do projeto de intervenção na comunidade da UBS Centro. São Sepé/RS. 2015..... | 544 |
| Figura 6: Fotografia Reunião de Equipe na UBS Centro. São Sepé/RS. 2015. | 544 |
| Figura 7: Gráfico 1. Cobertura do programa de atenção as pessoas com hipertensão na UBS Centro. São Sepé, RS. 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados. | 577 |
| Figura 8: Gráfico 2. Cobertura do programa de atenção as pessoas com diabetes na UBS Centro. São Sepé, RS. 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados. | 588 |
| Figura 9: Gráfico 3: Proporção de pessoas com hipertensão com necessidades de atendimento odontológico na UBS Centro. São Sepé, RS. 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados. | 622 |
| Figura 10: Gráfico 4: Proporção de pessoas com diabetes com necessidades de atendimento odontológico na UBS Centro. São Sepé, RS. 2015. Fonte: Planilha de coleta de Dados. | 633 |
| Figura 11: Gráfico 5: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Centro. São Sepé, RS. 2015. Fonte: Planilha de coleta de Dados..... | 655 |
| Figura 12: Gráfico 6: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínica em dia na UBS Centro. São Sepé, RS. 2015. Fonte: Planilha de coleta de Dados..... | 666 |

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

| | |
|---------|--------------------------------------------------|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CEO | Centro de Especialidades Odontológicas |
| CAPS-AD | Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas |
| CAPI | Centro de Atenção Psicossocial Infantil |
| CCU | Câncer de Colo de Útero |
| CM | Câncer de Mama |
| DM | Diabetes Mellitus |
| DST | Doença Sexualmente Transmissível |
| EP | Educação Popular |
| ESB | Equipe de Saúde Bucal |
| ESF | Estratégia da Saúde da Família |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| HGT | Hemoglicoteste |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IMC | Índice de massa Corporal |
| NASF | Núcleo de Apoio de Saúde da Família |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PA | Pressão Arterial |
| RS | Rio Grande do Sul |
| SAMU | Serviço de Atendimento Médico de Urgência |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFPEL | Universidade Federal de Pelotas |
| UNASUS | Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde |
| ZR | Zona Rural |
| ZU | Zona Urbana. |

Sumário

| | | |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 | Análise Situacional..... | 11 |
| 1.1 | Texto inicial sobre a situação da ESF/APS..... | 11 |
| 1.2 | Relatório da Análise Situacional | 12 |
| 1.3 | Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional | 18 |
| 2 | Análises Estratégica. | 20 |
| 2.1 | Justificativa..... | 20 |
| 2.2 | Objetivos e metas..... | 21 |
| 2.2.1 | Objetivo geral..... | 21 |
| 2.2.2 | Objetivos específicos e metas | 21 |
| 2.3 | Metodologia..... | 24 |
| 2.3.1 | Detalhamento das ações..... | 24 |
| 2.3.2 | Indicadores | 41 |
| 2.3.3 | Logística..... | 47 |
| 2.3.4 | Cronograma | 50 |
| 3 | Relatório da intervenção | 51 |
| 3.1 | Ações previstas e desenvolvidas..... | 51 |
| 3.2 | Ações previstas e não desenvolvidas | 54 |
| 3.3 | Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados | 55 |
| 3.4 | Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços..... | 55 |
| 4 | Avaliação da intervenção. | 56 |
| 4.1 | Resultados | 56 |
| 4.2 | Discussão..... | 70 |
| 4.3 | Relatório da intervenção para gestores. | 73 |
| 4.4 | Relatório da Intervenção para a comunidade..... | 75 |
| 5 | Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem..... | 77 |
| | ANEXOS | 80 |

Apresentação

O presente trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, da Universidade Aberta do SUS – UNASUS - Universidade Federal de Pelotas – UFPEL é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do Curso. A Intervenção foi realizada na Unidade Básica de Saúde Centro, no município de São Sepé, no Estado Rio Grande do Sul, com o objetivo de melhorar os cuidados de saúde oferecidos aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. O presente volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligados. Na primeira parte está a análise situacional, desenvolvido na primeira Unidade do Curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica, traduzida na construção de um projeto de intervenção, que ocorreu ao longo da unidade dois do Curso. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas, durante a unidade três do Curso. Na quarta seção encontram-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, a discussão da intervenção, o relatório da intervenção para gestores e o relatório da intervenção para a comunidade, partes construídas ao longo da unidade quatro do Curso. Na quinta parte está à reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. A seguir são apresentadas as referências bibliográficas e, finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de julho de 2014, quando foram postadas as primeiras tarefas, e sua finalização no mês de agosto de 2015, com a entrega do presente Volume do Trabalho de Conclusão do Curso.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Centro está localizada no centro do município de São Sepé (RS). A UBS, apesar dessa localização, atende tanto a zona urbana (ZU) como a rural (ZR) do município. Na ZU atende os bairros Centro e Santo Antônio e na ZR assiste a vinte e duas comunidades. Na ZU, além dos domicílios, há escolas, lojas, fábricas e igrejas. A Unidade funciona das 7.30 às 17.00 horas, de segunda à sexta-feira. Quanto aos recursos humanos, a Unidade conta com dois médicos de família, um pediatra, três psicólogos, uma enfermeira, quatro técnicas de enfermagem, dois auxiliares de enfermagem, um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal, dois auxiliares de serviços gerais, um motorista, dois recepcionistas e um administrador.

A unidade conta com os seguintes ambientes: recepção, sala de espera, sala de triagem, três consultórios médicos, sala de vacinação, sala de coleta, cozinha e dois banheiros. O prédio está em reforma, para a construção de dois banheiros para usuários com deficiências e um consultório de Psicologia, e para adequação da sala de odontologia. Não contamos com salas para farmácia e para armazenamento de medicamentos, pois não dispensamos medicamentos na unidade. Para recebê-los, os usuários têm que se dirigir à Farmácia do Sistema Único de Saúde, que fica próxima da Unidade. Também não dispomos de medicamentos para o atendimento às urgências médicas, nem tampouco de materiais para a realização de suturas.

A UBS realiza ações referentes a vários programas, tais como vacinação, atenção à saúde da criança, atendimento de psicologia, programas de Tuberculose, Hanseníase e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

A UBS não possui registro atualizado dos moradores de toda a sua área de abrangência. O registro disponível é muito antigo, e seus dados não são confiáveis. Até agora os atendimentos são realizados por demanda espontânea, com poucos usuários recebendo acompanhamento contínuo e adequado às suas necessidades. Outros fatores importantes são a não existência de uma base de dados, a não utilização de protocolos, e a falta de agendamento de consultas, pois há apenas uma recomendação para que os usuários retornem para novos atendimentos.

Somente o programa da saúde da criança segue se aproxima da lógica de ação programática, ainda que parcialmente e com muitas dificuldades. Também na pediatria não há agendamento de consultas.

Na verdade, com exceção do acompanhamento oferecido às crianças, trabalhamos mais com a demanda espontânea, sem programações específicas para cada grupo etário ou para portadores de patologias específicas. Os usuários, de modo geral, têm residências em boas condições, de alvenaria, com serviço diário de coleta de lixo, saneamento básico (rede de água e esgoto) e eletricidade.

Contamos com uma equipe de trabalho muito unida e qualificada, com desejo de trabalhar e satisfazer as necessidades da população, ou seja, de oferecer uma Atenção Primária da Saúde de qualidade, contribuindo para o desenvolvimento do sistema de saúde do nosso município.

1.2 Relatório da Análise Situacional

São Sepé fica na região central do Rio Grande do Sul, a 265 km de Porto Alegre. Faz parte da microrregião geográfica de Santa Maria que compreende, além de São Sepé, os municípios de Cacequi, Dilermando de Aguiar, Itaara, Jaguari, Mata, Nova Esperança do Sul, Santa Maria, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Vicente do Sul, Toropi e Vila Nova do Sul. Localiza-se “a uma “latitude 30°09’38” sul e a uma longitude 53°33’55” oeste, estando a uma altitude média de 85 metros e sua população estimada pelo IBGE em 2014 era de 24.448 habitantes. (Figura 1).



Figura 1. Localização geográfica do município de São Sepé, RS.

O município conta com um sistema de saúde relativamente organizado, sendo sua rede básica composta por três UBS tradicionais e quatro UBS com Estratégia de Saúde da Família, contando também com um Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF), composto por um Psicólogo, uma Nutricionista, uma Enfermeira e uma Assistente Social. Temos várias especialidades com atendimento para todo o município, como Pediatria, Cardiologia; Gineco-Obstetrícia Psiquiatria e Psicologia. Temos também um Centro de Atenção Psicossocial Infantil CAPS I, um Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS AD), um Centro Especialidades Odontológicas (CEO) e um Serviço de Fisioterapia. Os usuários com necessidades de atendimentos em especialidades não disponíveis na cidade são encaminhamentos para a cidade de Santa Maria ou para Porto Alegre, quando necessário. Os exames são realizados no Laboratório “Santo Antônio”, mas sua estrutura e insumos são insuficientes para atender a demanda. Além disso, temos um Hospital chamado “Hospital Santo Antônio” e o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU).

A UBS Centro, apesar de se localizar na área central da cidade, atende tanto a zona urbana (ZU) como a zona rural (ZR) do município. Na ZU atende os bairros Centro e Santo Antônio, e na ZR assiste a vinte e duas comunidades. Dentro da ZU temos, além disso, escolas, fábricas e igrejas. A Unidade funciona de segunda a

sexta-feira, das 7.30 às 17.00 horas. Quanto aos recursos humanos, a Unidade conta com dois médicos de família, um pediatra, três psicólogos, uma enfermeira, quatro técnicas de enfermagem, dois auxiliares de enfermagem, um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal, dois auxiliares dos serviços gerais, um motorista, dois recepcionistas e um administrador (Figura 2).



Figura 2: Fotografia da Equipe da UBS Centro

A unidade está instalada em um prédio adaptado, e conta com os seguintes ambientes: recepção, sala de espera, sala de triagem, três consultórios médicos, sala de vacinação, sala de coleta, cozinha e dois banheiros. O prédio está em reforma, para a construção de dois banheiros para pessoas com deficiência e um consultório de psicologia, e para adequação da ala de odontologia. Não contamos com salas para farmácia e armazenamento de medicamentos, pois não dispensamos medicamentos na unidade. Para recebê-los, os usuários têm que se dirigir à Farmácia do Sistema Único de Saúde, que fica próxima da Unidade. Também não dispomos de medicamentos para o atendimento às urgências médicas, nem tampouco de materiais para a realização de suturas.

Não temos um banheiro adequado, e não dispomos de almoxarifado, o que faz com que a guarda dos materiais ocorra de forma desorganizada e em desacordo com as normas técnicas de armazenamento.

As medidas necessárias para melhorar as condições de trabalho e de atendimento aos usuários incluem a reforma da unidade, com implantação de sala de curativos, sala para atendimento de emergências farmácia e sala para guarda de

medicamentos. É necessário também capacitar a equipe para a realização de suturas e outros procedimentos de urgência, visando a resolução desses casos na unidade e evitando encaminhamentos de usuários ao hospital para realizarem atendimentos de urgência de baixa complexidade. É necessário também ampliar as atividades de educação em saúde, e capacitar os e demais profissionais da equipe para a realização de visitas domiciliares.

Residem na área da nossa Unidade 2719 famílias, com um total de 8067 pessoas. Ainda não contamos com dados precisos sobre a distribuição etária da população, nem sobre a distribuição de homens e mulheres. A ESF ainda não está implantada, e não temos Agentes Comunitários de Saúde. No entanto sabemos que seriam necessárias duas Equipes de Saúde da Família, mas os profissionais existentes atendem atualmente todo esse conjunto de famílias e pessoas.

Também temos deficiências nos recursos materiais, especialmente no que se refere aos equipamentos e instrumentais para a atenção à saúde da mulher, que não estão disponíveis na UBS, e quanto aos instrumentais e materiais de uso odontológico, disponíveis em quantidades insuficientes para o atendimento à demanda. Também não contamos com bebedouros. Também não dispomos de materiais bibliográficos, mas, apesar disso, os médicos e a enfermeira da unidade estão fazendo uma pesquisa sobre métodos clínicos para melhorar o pronto atendimento realizado pela unidade.

Quanto ao engajamento público, a equipe da nossa unidade procura envolver a comunidade em atividades educativas, orientando-os sobre direitos e deveres relacionados com a saúde. Realizamos atividades de educação popular, tais como palestras e roda de conversa, nas quais avaliamos a satisfação dos usuários quanto ao serviço. Realizamos regularmente reuniões de equipe, nas quais discutimos o planejamento, a organização e a gestão das ações de saúde.

A demanda espontânea aumentou significativamente com o Programa Mais Médicos para o Brasil, que trouxe novos médicos para a Unidade. Assim, temos conseguido atender muitos usuários que ainda não eram acompanhados pela unidade. Com o acolhimento, identificamos as necessidades de atendimento de emergência, de urgência ou de controle, o que contribui para a organização do trabalho e melhora a qualidade dos atendimentos. Realizamos o cadastramento dos usuários na recepção, fazemos a escuta da queixa do usuário e, de acordo com a necessidade identificada, encaminhamos o usuário para a resolução do seu

problema. Alguns deles vão para a consulta médica, após a qual retornam à recepção para agendarem consultas de retorno ou encaminhamentos para serviços especializados e exames. As informações sobre os atendimentos são registradas de em sistema informatizado.

Com relação à atenção à saúde da criança, a Unidade realiza atendimento a todas as crianças do município. Fazemos o acolhimento e o cadastramento da criança na recepção, avaliação da situação de saúde e da necessidade de acompanhamento e realizamos atendimento clínico através do pediatra e/ou do médico da família. A cobertura de crianças menores de 1 ano acompanhadas de nossa Unidade, calculada no Caderno de Ações Programáticas, é de 42%. Das 97 crianças estimadas para nossa população, 41 são acompanhadas, sendo que 39 estão com consulta em dia de acordo com o protocolo, e 41 realizaram o teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida, realizaram triagem auditiva, tiveram monitoramento do crescimento e do desenvolvimento na última consulta, estão com vacinação em dia e suas mães receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo e sobre prevenção de acidentes. São indicadores que atestam uma boa qualidade de cuidados para essas crianças acompanhadas. A presença de uma Médica Pediatra na Unidade, assim como a boa qualidade do Programa Municipal de Imunização, são fatores que contribuem para que o trabalho se desenvolva relativamente bem na área da Saúde da Criança. Além disso, a garantia de atendimento imediato às crianças que procuram a UBS e a satisfação da população com o bom atendimento fazem com que os usuários (mãe e filho) retornem regularmente à Unidade, dando prosseguimento ao seu acompanhamento. Os principais problemas nessa área são a não implantação da ESF e ausência de ACS, que poderiam melhorar o vínculo entre a Unidade e as famílias, realizar visitas domiciliares e buscas ativas dos faltosos às consultas. Resta o desafio de aumentar o número de crianças cobertas. Para isso será fundamental a incorporação de agentes comunitários à equipe de saúde, pois esses poderão contribuir para atrair e vincular novas crianças e famílias aos cuidados por nós oferecidos.

Com relação à atenção aos portadores de HAS e DM, cujos números estimados de usuários são de 1803 pessoas com hipertensão e 515 pessoas com diabetes, a Unidade não dispõe de dados sobre os acompanhamentos realizados. O atendimento nas doenças crônicas como HAS e DM, se realiza por demanda espontânea, e poucos usuários tem acompanhamento adequado. Os principais

problemas são a inexistência de grupos educativos para controle destas doenças, além da falta de ACS, o que dificulta a realização de visitas domiciliares e a busca ativa de faltosos às consultas. Com a contratação de ACS e a implantação da ESF, será possível pesquisar e identificar os usuários de risco, buscar os faltosos às consultas e identificar usuários com doenças crônicas não diagnosticadas, além de realizar atividades educativas com grupos de portadores destas doenças.

Com relação às ações programáticas de saúde da mulher, a Unidade não dispõe de dados sobre os acompanhamentos realizados. Fazemos somente algumas consultas clínicas de ginecologia, pois nosso problema principal é que não temos local disponível para o exame físico ginecológico ou obstétrico. Por isso, só conseguimos fazer atendimento com a anamnese e o exame físico abdominal e de mama. Esta situação faz com que tenhamos que encaminhar nossas mulheres a outras unidades, para as consultas de pré-natal e puerpério, e também para a realização de exame ginecológico. Para que passemos a realizar a atenção ao Pré-natal em nossa UBS, é necessário primeiramente melhorar a estrutura física e a disponibilidade de materiais e insumos, pois sem essas condições, não temos como realizar atendimento adequado às mulheres. Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), as condições para esse atendimento serão ainda mais favoráveis.

Nossa UBS também não dispõe de dados sobre os acompanhamentos realizados para nossas mulheres no Programa de controle de Câncer de Colo de Útero (CCU). Esse atendimento clínico é realizado em outra unidade, e, da mesma forma acontece com o Programa de Câncer de Mama (CM), realizamos apenas atividades de promoção de saúde, exames clínicos e agendamentos para a realização de mamografias. Os casos positivos ou suspeitos são encaminhados para consulta com mastologista.

Quanto ao acompanhamento da saúde dos idosos, nossa unidade não dispõe de dados sobre as atividades realizadas. Realiza-se atendimento à demanda espontânea, com apenas alguns idosos realizando um acompanhamento mais contínuo. Nas consultas individuais, realizamos exames físicos, solicitamos e avaliamos exames complementares, e orientamos os idosos quanto à prevenção das doenças mais comuns nesse grupo etário. Com a implantação da ESF e a consequente incorporação dos ACS, pretendemos proporcionar atividades de promoção da saúde, pesquisar os casos faltosos a consultas, de doenças crônicas e

de risco, realizar visitas domiciliares, alertando para a importância da realização de atividades físicas. Além disso, pretendemos fazer avaliação da situação quanto à saúde mental, prestar orientações sobre os riscos da automedicação e desenvolver atividades para promoção da independência dos idosos, além de encaminhá-los mais rapidamente às especialidades, sempre que necessário.

Quanto aos cuidados com a saúde bucal, também não dispomos de dados qualificados sobre a situação dos nossos usuários. A unidade realiza atendimento à demanda espontânea e o acompanhamento dos usuários que estão em tratamento pela Equipe de Saúde, além de fazer atividades de promoção e prevenção. O problema principal é a precariedade da estrutura e dos materiais disponíveis na UBS, que não permitem a realização de atendimentos às urgências odontológicas. A sala de esterilização não tem capacidade para esterilizar os instrumentais odontológicos em tempo suficiente para garantir muitos atendimentos a cada dia, uma vez que há poucos desses instrumentos disponíveis para o trabalho do dentista. Não há registros de atendimentos realizados para usuários de grupos populacionais prioritários, como pré-escolares, escolares, gestantes e idosos, mas uma análise do perfil da demanda espontânea indica que são eles os usuários mais atendidos pelo dentista da Unidade. Os usuários que precisam de atendimento de urgência e emergência odontológicas são encaminhados para a CEO municipal, que fica próximo da nossa UBS.

A análise de cada uma das ações programáticas indica que temos grandes desafios pela frente. É muito a fazer para podermos propiciar atendimento qualificado e adequado para todos os grupos populacionais e em todas as áreas prioritárias da Atenção Básica. Todos gostaríamos de realizar um acompanhamento adequado aos nossos usuários, desenvolvendo ações programáticas nas áreas da saúde da criança, da saúde da mulher, e, especialmente, para os portadores de HAS e DM, por serem que mais demandam nossa unidade e por representarem as principais causas de morte em nossa região e em todo o país.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

O texto inicial foi elaborado logo após minha chegada à cidade. Naquela ocasião, minha percepção da Unidade era ainda parcial, mas suficiente para

identificar deficiências estruturais que comprometiam o atendimento aos usuários, especialmente a falta de uma farmácia, assim como problemas relacionados com a falta de um cadastro atualizado da população e com a organização das ações programáticas. Ao concluir a Unidade 1 do curso, com a elaboração da Análise Situacional, apesar da persistência dos mesmos problemas e dificuldades, conseguimos desenvolver algumas estratégias pela organização dos serviços, contando com a contribuição dos estudos dos protocolos do Ministério de Saúde, com o preenchimento do Caderno de Atenção Programática e com as reflexões propostas pelo Curso. Também foi possível começar a analisar indicadores de cobertura e qualidade na UBS, o que contribuiu para a elaboração de uma Análise Situacional um pouco mais completa que aquela apresentada no texto inicial. Além desses aspectos, tenha agora certa vivência da Unidade e dos seus usuários, o que me permite dizer que conheço bem meu contexto de trabalho.

2 Análises Estratégica.

2.1 Justificativa

No mundo atual, a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), é considerada epidêmica, pelo aumento das suas incidências e prevalências. As consequências das suas complicações são muito graves, resultando em comprometimento da qualidade de vida e alta mortalidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS), no portal Brasil (2012), indica que a Hipertensão e a Diabetes tem prevalências de, respectivamente, 30% e entre 7 a 10% da população mundial. No Brasil, essas prevalências na população acima de 20 anos são estimadas em cerca de 22,7% para a Hipertensão e 5,6 % para a Diabetes.

O notório aumento das condições que desencadeiam doenças do coração e outras doenças crônicas faz com que sejam cada vez mais importantes os cuidados quanto aos fatores de risco para essas doenças. Para melhorar a qualidade de vida e evitar complicações e possíveis internações dos que já estão doentes, é necessário realizar controles contínuos das doenças, seguir planos de tratamento e mudar modo e estilos de vida, adotando alimentação saudável, praticando atividades físicas, eliminando ou controlando o estresse, o que demanda ações educativas dos serviços de saúde junto a esses usuários.

Residem na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Central 2.719 famílias, com um total de 8.067 pessoas, sendo que cada médico da unidade é responsável por aproximadamente 4.000 pessoas.

Apesar de não dispormos de um cadastro de portadores de HAS e DM, algumas informações coletadas nos atendimentos realizados pela unidade atestam a relevância dessas doenças na comunidade. Nos últimos 6 meses, 43,7% dos atendimentos feitos pelos médicos da unidade foram para usuários com doenças crônicas não transmissíveis.

Apesar da importância desses problemas de saúde, e da quantidade de portadores na nossa comunidade, o atendimento a esses usuários é restrito à demanda espontânea. Observa-se que grande parte desses usuários desconhecem aspectos muito importantes das patologias que os acometem, refletindo a ausência de ações de educação em saúde. Não realizamos ações de promoção e prevenção, e também não contamos com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que poderiam

contribuir para aproximar a equipe de saúde e a comunidade. Assim, não realizamos atividades educativas junto à comunidade, e adotamos um enfoque centrado na utilização de medicamentos, sem que avaliemos os riscos e realizemos os exames periódicos necessários para o bom acompanhamento da evolução dos usuários com HAS e DM. Como consequência, temos uma grande incidência de complicações, como podemos perceber na grande quantidade de usuários com essas doenças que comparecem em busca de atendimento por demanda espontânea.

Por esses motivos, a realização de uma intervenção com foco na reorganização das ações para os portadores de HAS e DM na Unidade será muito importante. Ela permitirá a ampliação da cobertura, a melhoria no monitoramento da doença e dos riscos, a organização de busca ativa dos usuários que faltam às consultas, a organização dos registros para monitoramento e avaliação das programações, a garantia da realização dos exames complementares e do fornecimento de medicamentos, o acesso a cuidados de saúde bucal e o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e de educação em saúde, entre outros aspectos. A Equipe está motivada para a realização da intervenção, o que a torna viável, mesmo em meio às dificuldades que teremos que enfrentar.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Centro, no município São Sepé/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivos específicos:

1. Ampliar a cobertura as pessoas com hipertensão e/ou as pessoas com diabetes.
2. Melhorar a qualidade da atenção às pessoas com hipertensão e/ou as pessoas com diabetes.
3. Melhorar a adesão das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes ao programa.

4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear as pessoas com hipertensão e/ou as pessoas com diabetes de risco para doença cardiovascular.
6. Promover a saúde das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Metas:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a saúde das pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes.

Meta 2.1: Realizar exames clínicos periódicos a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2: Realizar exames clínicos periódicos a 100% das pessoas com Diabetes.

Meta 2.3: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com HAS e/ou DM.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear pessoas com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com

hipertensão.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Centro, no município de São Sepé, Rio Grande do Sul. Participarão da intervenção pessoas maiores de 20 anos com hipertensão e/ou diabetes. Realizou-se cadastro, registro de coleta de dados e preenchimento das fichas espelho de 241 pessoas, delas 215 pessoas com hipertensão cadastradas e 62 das pessoas com diabetes cadastradas. Será adotado o programa de Hipertensão descrito nos Cadernos de Atenção Básica nº 15 do Ministério da Saúde, Brasília, 2006 e programa de Diabetes Mellitus descrito no Caderno de Atenção Básica nº 16 (Brasília, 2006).

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa de atenção às pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes na Unidade de Saúde.

Ações:

Eixo: Monitoramento e avaliação.

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Para o monitoramento e avaliação dos serviços, vamos registrar o número de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Eixo: Organização e gestões dos serviços.

- Garantir o registro das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes cadastradas no Programa.

Para garantir o registro das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes cadastrados no Programa vão realizar, diariamente, o preenchimento dos instrumentos de registro.

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.

Para melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM, realizaremos uma capacitação para todos os trabalhadores de nossa unidade.

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Para garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, faremos uma revisão do todo o material existente na unidade e conseguiremos tudo o que é necessário antes de iniciarmos a intervenção, de acordo com entendimentos com a gestão municipal.

Eixo: Engajamento Público.

- Informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção a Hipertensão Arterial e à Diabetes mellitus da unidade de saúde.

Para informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção a Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde, utilizaremos os meios de difusão de massa, audiências sanitárias na unidade e consultas individuais, já que ainda não temos Agentes Comunitários a Saúde (ACS) atuando na Unidade.

- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Através dos meios de difusão massiva vamos informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Vamos informar através desses meios a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, e também sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão e diabetes.

- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Através desses meios vamos informar a comunidade sobre a importância de conhecer os principais fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Eixo: Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Para capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, vamos fazer uma capacitação de 20 horas com toda a equipe de nossa unidade, tratando desse e de todos os demais procedimentos previstos na intervenção.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção dos usuários com HAS e DM.

Ações:

Eixo: Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Faremos os exames clínicos apropriados em 100% das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes, adotando a conduta prevista no Protocolo em todas as consultas individuais a esses usuários.

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Para garantir que 100% das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes realizarão os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, estabeleceremos uma relação direta entre Secretaria de Saúde municipal, a Centro do Laboratório de Análises Clínicas e a UBS Central, de acordo com entendimentos já mantidos com a gestão municipal.

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Para garantir a 100% das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes a periodicidade da realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, estabeleceremos uma relação direta com o Centro do Laboratório de Análises Clínicas e a UBS Central, para evitar a demora.

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Para priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes na unidade de saúde, estabeleceremos uma comunicação direta com a farmácia popular e a Secretaria de Saúde, com contatos semanais.

- Monitorar as pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes que necessitam de atendimento odontológico.

A realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes será realizada em todas as consultas individuais realizadas pelo médico ou pela enfermeira.

Eixo: Organização da gestão dos serviços.

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Para monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes, faremos conferências no prontuário e avaliação mensal.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

As atividades para capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde ocorrerão na primeira semana da intervenção. Serão realizadas 20 horas de capacitação, ocupando cinco tardes e uma manhã. Realizar-se-á um ajuste das consultas para viabilizar a realização das atividades de capacitação.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Para estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais, depois de realizada a capacitação, será realizada, de forma mensal, na reunião de equipe para esclarecer as dúvidas que surjam durante o desenvolvimento do Projeto.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Realizaremos atividades para capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, na primeira semana de intervenção. Onde será estudado o protocolo atualizado. Realizaremos planejamento das consultas para viabilizar a realização da capacitação.

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

Para monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, será realizada de forma mensal, conferindo o preenchimento dessa informação nas fichas espelho. Para garantir a solicitação dos exames complementares, realizaremos um contato mensal com o Laboratório Clínico, de acordo com entendimentos já mantidos com a Secretaria da Saúde.

- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Para monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, será realizada de forma individual, conferindo mensalmente os dados da ficha espelho. Serão impressas 900 cópias das fichas espelho, e uma impressão de cada Protocolo, serão fornecidas pela Secretaria de Saúde, de acordo com entendimentos já realizados. Além disso, existe em nossa unidade a versão digital. Para garantir agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, será realizado um contato mensal com os gestores da Secretaria da Saúde.

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados

Para monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, será realizada de forma individual, conferindo mensalmente os dados da ficha espelho. Para estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados, será realizado um contato mensal com o Laboratório Clínico depois de realizadas as consultas individuais.

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos

Para monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, realizaremos contato semanal com a Farmácia Popular, preenchimento das fichas espelho e avaliação mensal por um membro da equipe de unidade. Para fazer o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, realizaremos um contato mensal com a Farmácia Popular no qual será checado o estoque disponível para a semana seguinte.

- Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Para monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, realizaremos contato semanal com a Farmácia Popular, preenchimento das fichas espelho e avaliação mensal por um membro da equipe de unidade. Para manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde, será utilizada uma Planilha em Excel, na qual serão preenchidos os dados de todos os usuários.

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Para monitorar as pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes que necessitam de atendimento odontológico, será conferido o preenchimento dessa informação nas fichas espelho, com avaliação mensal por parte da equipe de saúde de nossa unidade. Para avaliar a necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes, se fará um registro em cada consulta de atendimento, por enfermeira e médicos e o preenchimento de ficha espelho dos usuários e donde se defina as prioridades.

- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Para monitorar as pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes que necessitam de atendimento odontológico, será conferido o preenchimento dessa informação nas fichas espelho, com avaliação mensal por parte da equipe de saúde de nossa unidade. Para organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico, será realizada de forma mensal.

Eixo: Engajamento Público.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes, e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Orientar-se-á os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes, e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, através de palestras, rodas de conversas e em consultas individuais.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

As orientações para os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares, serão prestadas através dos meios de difusão de massa, audiências sanitárias semanais em nossa UBS e de duas palestras mensais sobre o tema, que serão realizadas nas associações de cada bairro.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possível alternativa para obter este acesso.

Para orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possível alternativa para obter este acesso, serão utilizados os meios de difusão de massa, audiências sanitárias e palestras, que será realizada no bairro.

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Para orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes, serão utilizados os meios de difusão de massa, audiências sanitárias semanais em nossa UBS e duas palestras mensais, que será realizada como educação popular no bairro.

Eixo: Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado

Para capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, realizaremos uma capacitação no início de nosso trabalho.

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Para realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes, será realizada uma capacitação no início da implementação do projeto.

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

Para capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular, serão realizadas, na capacitação, as atualizações do tratamento da hipertensão e diabetes.

- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes. Para capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes, será realizada uma capacitação de atualização no início da implementação do Projeto.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de usuários com HAS e DM ao programa.

Ações:

Eixo: Monitoramento e avaliação.

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Para buscar pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes faltosas às consultas na unidade de saúde, realizaremos um chamado a todos os usuários de nossa área de abrangência para a realização das consultas individuais e um cadastro detalhado dos usuários, será realizada durante todo o trabalho. Enquanto não contamos com ACS, contaremos com o apoio dos líderes formais e informais das comunidades para chamar os faltosos a retornarem ao acompanhamento.

Eixo: Organização da gestão dos serviços.

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Para buscar pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes faltosas às consultas na unidade de saúde, enquanto não contamos com ACS, teremos o apoio dos líderes formais e informais das comunidades para chamar os faltosos a

retornarem ao acompanhamento, realizando consultas individuais e o cadastro dos usuários.

Eixo: Engajamento Público.

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Para informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, serão utilizados os meios de difusão de massa, audiências sanitárias semanais em nossa UBS.

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Para ouvir a comunidade sobre estratégias para diminuir a evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos), será realizada uma audiência sanitária com os líderes formais e não formais das comunidades.

- Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes, e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Para esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes, e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, se realizarão através de audiências sanitárias e palestras sobre o tema de nosso trabalho com os líderes formais e informais da comunidade.

Eixo: Qualificação da prática clínica.

- Capacitar os líderes formais e não formais de comunidade para a orientação de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Realizar rodas de conversas com os líderes formais e não formais de comunidade para a orientação de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Ações:

Eixo: Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes acompanhados na unidade de saúde.

Para manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde, será realizada diariamente e mensalmente o monitoramento das fichas nas reuniões de equipe. Para monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes acompanhadas na unidade de saúde, será realizada de forma mensal uma reunião com a equipe de saúde para definir e esclarecer dificuldades e duvidas, com o preenchimento do registro.

Eixo: Organização da gestão dos serviços.

- Manter as informações do SIAB atualizadas.

Para manter as informações do SIAB atualizadas, realizaremos atualização semanal e enviaremos os dados para digitação no Sistema.

- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

O monitoramento dos registros será realizado na reunião semanal da equipe, conferindo os erros e omissões de informação e corrigindo-os.

- Implantar a ficha de acompanhamento.

A ficha de acompanhamento já foi implantada no serviço.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

A pactuação para o registro das informações será realizada através de discussões com a equipe, durante as atividades de capacitação, na primeira semana de nosso trabalho.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

A definição do responsável pelo monitoramento dos registros será realizada ao término da capacitação da equipe, na primeira semana de atividades.

Eixo: Engajamento Público.

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Para orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, se necessário, serão utilizados os meios de difusão de massa e as audiências sanitárias mensais.

Eixo: Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Para capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes, será realizada uma capacitação na primeira semana de execução de nosso projeto.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Para capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, será realizada uma capacitação de atualização na primeira semana do projeto.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Ações:

Eixo: Monitoramento e avaliação.

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

A estratificação do risco cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde será realizada de forma individual, através de consultas e exames clínicos.

Eixo: Organização da gestão dos serviços.

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Para monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes, com realização de, ao menos uma verificação por ano da estratificação de risco, essa informação será conferida mensalmente nas fichas espelho.

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Para priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, esta condição será registrada em cada ficha espelho, facilitando sua identificação no momento da procura pela Unidade.

Eixo: Engajamento Público.

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Para orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e importância do acompanhamento regular, será realizada em todas as consultas de seguimento, como parte da educação para a saúde dos usuários.

- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Para esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação), serão utilizados os meios de difusão de massa e as audiências sanitárias mensais.

Eixo: Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Para capacitar a equipe quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, será realizada uma capacitação da equipe na primeira semana do trabalho.

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Para capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, será realizada na capacitação da equipe no início do projeto.

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Para capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação, será realizada durante a capacitação da equipe o início de nosso trabalho.

Objetivo 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Ações:

Eixo: Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a realização de orientação nutricional às pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Para garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes, serão realizadas palestras, audiências sanitárias mensais, educação para a saúde individual e transmissão por meios de difusão massiva diária sobre este tema.

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Para garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes, serão realizadas palestras duas vezes ao mês, audiências sanitárias mensais, educação para a saúde individual e transmissão por meios de difusão massiva.

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Para garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes, serão realizadas duas palestras e audiências sanitárias em nossa comunidade a cada mês, educação para a saúde individual e orientação através de meios de difusão massiva diária sobre este tema.

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal as pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Para garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes, serão realizadas palestras duas vezes ao mês, audiências sanitárias mensais, educação para a saúde individual e transmissão por meios de difusão massiva informando os temas do projeto.

Eixo: Organização da gestão dos serviços.

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

O monitoramento da realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes, será realizada através das consultas individuais de todos os casos.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Realizar conversas com os gestores para envolver os nutricionistas nesta atividade. Para demandar junto ao gestor parcerias institucionais e envolver nutricionistas nesta atividade, primeiro temos que ter nutricionista em nossa área, além disso, serão realizadas em conjunto com a Secretaria de Saúde encaminhamentos as UBS que tiverem, e pode ajudar nesta atividade. Para organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, serão realizadas audiências sanitárias mensais e atividades de educação para a saúde individual e coletiva.

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Para monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes, serão realizadas através das consultas individuais. A organização das práticas coletivas para orientações sobre atividades físicas será realizada através de audiências sanitárias e consultas individuais, para a realização destas praticas nas academias de nosso município por não termos nossa UBS Educadores Físicos.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Realizar conversas com os gestores para envolver educadores físicos nesta atividade. Para demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade, dependemos da participação da Secretaria de Saúde para incrementar a demanda nas academias.

- “Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do tabagismo”.

Realizar conversas com os gestores pela compra de medicamentos para o tratamento do tabagismo. Para demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" será realizado junto à Secretaria de Saúde um estudo sobre isto, para envolver todos os gestores.

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Para organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual, se selecionará dois dias de semana a tarde apenas para atendimento dos usuários de nosso projeto.

Eixo: Engajamento Público.

- Orientar as pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Para orientar as pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, será realizada mediante palestras, audiências sanitárias, educação para a saúde individual e transmissão por meios de difusão massiva.

- Orientar as pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Para organizar práticas coletivas para orientação de atividade física, será realizada através de audiências sanitárias e consultas individuais, para a realização destas práticas nas academias de nosso município por não termos Educadores

físicos na nossa UBS Físicos. Para orientar as pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática atividade física regular, será realizada palestras quinzenais, audiências sanitárias mensais, educação para a saúde individual e por meios de difusão massiva.

- Orientar as pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Para monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes, será realizada através das consultas individuais de todos os casos. Para orientar as pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, será realizada palestras duas vezes ao mês, audiências sanitárias mensais, educação para a saúde individual e transmissão por meios de difusão massiva diária.

- Orientar as pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Para monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes, será realizada através das consultas individuais de todos os casos. Para orientar as pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal, será realizada palestras, audiências sanitárias, educação para a saúde individual e informações por meios de difusão massiva.

Eixo: Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Para capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde, será realizada uma capacitação de atualização na primeira semana do trabalho.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Para capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, será realizada capacitação de atualização no início de nosso trabalho.

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Para capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal será realizada na capacitação de atualização na primeira semana de implementação do projeto.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à pessoa com hipertensão na unidade de saúde.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção à pessoa com diabetes na unidade de saúde.

Numerador: Número de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção às pessoas com

hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Meta 2.1: Realizar exames clínicos periódicos a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.1: Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2.2: Realizar exames clínicos periódicos a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.2: Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2.3: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Meta 2.5: Prescrição de medicamentos da farmácia popular necessários a

peessoas com hipertensão.

Indicador 2.5: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia SUS priorizada.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia SUS.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Prescrição de medicamentos necessários a pessoas com diabetes.

Indicador 2.6: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia SUS priorizada.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia SUS.

Denominador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação de necessidade de atendimento odontológico a todas as pessoas com hipertensão.

Indicador 2.7: Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão inscritas no programa pertencente à área de abrangência da unidade.

Meta 2.8: Realizar avaliação de necessidade de atendimento odontológico a todas as pessoas com diabetes.

Indicador 2.8: Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão inscritas no programa pertencente à área de abrangência da unidade.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes ao programa.

Meta 3.1: Buscar todas as pessoas com hipertensão faltosas às consultas na

unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

Indicador 3.1: Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde faltosas às consultas.

Meta 3.2: Buscar todas as pessoas com diabetes faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde faltosas às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento a todas as pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade com registro adequado na ficha de acompanhamento

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento as pessoas com diabetes cadastrados em nossa unidade.

Indicador 4.2: Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas com diabetes cadastradas na unidade com registro adequado na ficha de acompanhamento

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear as pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular a todas as pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde

Indicador 5.1: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular a todas as pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com diabetes cadastradas na unidade com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam as orientações sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2: Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam as

orientações sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.3: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam as orientações sobre a prática regular de atividade física

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.4: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam as orientações sobre a prática regular de atividade física

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.5: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam as orientações sobre os riscos do tabagismo

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.6: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam as orientações sobre os riscos do tabagismo

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas na unidade de

saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão

Indicador 6.7: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam as orientações sobre higiene bucal

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.8: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam as orientações sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

2.3.3 Logística

Para realização de nosso trabalho, a definição de um foco de intervenção foi discutida com a equipe da UBS. Vamos adotar os Cadernos sobre Atenção Básica do Ministério da Saúde de HAS e DM, 2013. Utilizaremos as fichas espelhos fornecidas pelo Curso para o acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes. Estimamos alcançar 100% das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes e de nossa área, portanto faremos contato com o gestor municipal para que o mesmo disponibilize ao menos 900 fichas espelhos. Para o acompanhamento mensal da intervenção utilizaremos a planilha eletrônica de coleta de dados fornecida pelo Curso. Vamos contar com um computador, com versão digital dos cadernos, planilha de coleta de dado, ficha de espelho registro e prontuários.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários que vieram ao serviço para fazer atendimento. A profissional localizará os prontuários destes casos e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas

em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, atendimento odontológico, orientação sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos e o tabagismo. Os recursos que precisamos são materiais como computador, prontuário do atendimento, fichas, folhas, canetas, esfigmomanômetro e glicômetro, e recursos humanos médico, enfermeiras, recepcionista, técnico de informática e liderem formais e não formais da comunidade.

Na primeira semana será realizada uma capacitação de 20 horas, ou seja, 5 tarde e uma manhã, para a atualização da equipe de saúde. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe sobre os protocolos quanto ao tratamento da HAS e DM, a solicitação de exames complementares, o controle de fatores de risco modificáveis e a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, preencherem os instrumentos de registro da intervenção e realizar atividades de educação em saúde individual e coletiva, a final se identificará o responsável do monitoramento de cada um dos eixos, os responsáveis são o médico, enfermeira, recepcionista e técnico de informática, se realizaram na UBS Centro. Inicia-se com o preenchimento dos registros, cadastramento, atendimento, avaliação e monitoramento dos usuários portadores de HAS e DM e sua necessidade de atendimento odontológico, será realizada em cada consulta. Isto será realizada nas 12 semanas da intervenção.

Realizaremos contato com a associação de moradores e com líderes formais e não formais da comunidade e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância do acompanhamento de HAS e DM e do risco cardiovascular, e também sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Na segunda semana se continuará com a capacitação da educação para a saúde da equipe, assim como dúvidas que tenham e os monitoramentos das ações.

Na semana 4, 8 e 12 realizaremos atividades para promoção da alimentação saudável e orientações sobre a importância do exercício físico, em forma de palestra e audiências na comunidade, com duração de 2 horas, em um local perto na comunidade. Na sexta-feira de cada semana será realizada uma avaliação do monitoramento das ações para o cumprimento de nossas metas.

Para a estruturação do acolhimento de nossa UBS. Se realizará o acolhimento dos usuários com HAS e DM que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Usuários que buscam consultas de rotinas e os de acompanhamento, assim como os casos de risco, terão prioridade de agendamento,

e a demora deverá ser menor do que 5 dias. Os usuários que vierem à consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada, serão pelo menos 10 consultas agendadas por semana.

2.3.4 Cronograma

| ATIVIDADES | SEMANAS | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Capacitar a equipe para seguir os protocolos quanto ao tratamento da HAS e DM, a solicitação de exames complementares, o controle de fatores de risco modificáveis e a avaliação da necessidade de atendimento odontológico. | X | X | | | | | | | | | | |
| Capacitar a Equipe para preencher os instrumentos de registro da intervenção. | X | | | | | | | | | | | |
| Capacitar a equipe para realizar atividades de educação em saúde | X | X | | | | | | | | | | |
| Realizar reuniões na comunidade para informar os moradores sobre a intervenção, e sobre aspectos essenciais da HAS e DM (fatores de risco, consequências, cuidados, direitos e papel do portador no cuidado). | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| Implantar sistemática para identificação, acolhimento e cadastramento dos portadores de HAS e DM para a intervenção. | X | | | | | | | | | | | |
| Cadastrar os portadores de HAS e DM nos domicílios | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Atender os portadores de HAS e DM, priorizando os de alto risco. | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Avaliar a necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Registrar todos os atendimentos e atividades da intervenção, inclusive quanto a medicamentos e exames. | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Realizar atividades para promoção da alimentação saudável. | | | | X | | | | X | | | | X |
| Realizar atividades coletivas para orientação de atividades físicas. | | | | X | | | | X | | | | X |
| Monitorar o desenvolvimento das ações e o cumprimento das Metas | | | | X | | | | X | | | | X |
| Realizar reuniões de equipe para apresentar e avaliar os resultados parciais e finais da intervenção | | | | X | | | | X | | | | X |

3 Relatório da intervenção

A intervenção visou melhorar a atenção à pessoa com hipertensão e/ou pessoas com diabetes na UBS Centro, município de São Sepé, RS, Brasil. O projeto de intervenção foi planejado para uma intervenção de 16 semanas, no entanto, a intervenção foi realizada em 12 semanas, por orientação da Coordenação do Curso, com o objetivo de se adequar e ajustar ao Calendário da Turma 8. O Relatório a seguir apresenta uma síntese do desenvolvimento das ações, em relação ao que foi planejado previamente.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Ao concluir as ações e atividades do Projeto de Intervenção, podemos concluir que elas foram desenvolvidas em sua quase totalidade, incluindo a realização de algumas estratégias cuja implementação no nosso serviço enfrentava grandes dificuldades antes da mesma.

Na primeira semana da intervenção realizamos, durante 20 horas, as capacitações da equipe de trabalho. Apresentamos o projeto de intervenção, preparamos os profissionais para o acolhimento e para o preenchimento das fichas espelho, e definimos as atribuições dos profissionais e os responsáveis por cada uma das ações. Além disso, capacitamos todos para o cumprimento dos protocolos de HAS e DM. Definimos também a realização de uma reunião que não estava prevista no Cronograma, para envolver os líderes das comunidades na divulgação do projeto e na busca dos faltosos, já que em nossa unidade não temos ACS.

Realizamos reuniões na comunidade para informar os moradores sobre a intervenção, e sobre aspectos essenciais da HAS e DM (fatores de risco, consequências, cuidados, direitos e papel do portador no cuidado).

Registramos adequadamente todos os atendimentos e atividades da intervenção, inclusive quanto a medicamentos e exames, e implantamos uma sistemática para identificação e cadastramento dos portadores de HAS e DM no acolhimento, com o objetivo de trazer novos usuários para o projeto.

Realizamos também uma reunião com os gestores, na qual discutimos o projeto e a solicitamos os materiais necessários e o apoio pela realização dos exames complementários com a máxima agilidade.

Nas primeiras quatro semanas, além de fazermos os atendimentos aos usuários que já estavam em acompanhamento e cadastrarmos novos usuários, realizamos atividades para promoção da alimentação saudável e da prática de atividades físicas, para alertarmos quanto aos riscos do tabagismo e quanto à importância da higiene bucal, em forma de rodas de conversas e palestras. E realizamos a primeira atividade de monitoramento das ações, com discussões na reunião da equipe.

A partir da quinta semana começaram a chegar os usuários faltosos às consultas e de risco cardiovascular, captados através do apoio realizado pelos líderes das comunidades, que se manteve durante toda a intervenção, pesquisando na área os usuários. As demais atividades planejadas também foram realizadas de acordo com o planejado. Os atendimentos dos usuários foram feitos durante as 12 semanas da intervenção, com agendamento de 5 a 6 usuários por turno, além dos atendimentos à demanda espontânea. É importante registrar que as mudanças climáticas na região de São Sepé atrapalharam o atendimento aos usuários da intervenção, uma vez que provocaram um importante surto de doenças respiratórias, com reflexo significativo sobre a demanda à Unidade.

A maior dificuldade foi nas visitas domiciliares por não ter ACS, nem estratificação em ESF nossa unidade não se pode realizar. Isto atrapalhou algumas ações de nosso trabalho, mas a ajuda incondicional dos líderes da comunidade consegue-se muitas das ações, conhecendo que sem ACS não temos maneira de identificar as condições da comunidade, na UBS só se faz atendimento nas consultas, porque não existe um turno destinado para fazer visita domiciliar, por não ser ESF.

Observamos que uma vez iniciada a intervenção e implantado o programa, tais ações tornaram-se rotina diária na UBS, cada profissional conhece que fazer e realiza com fluidez o acolhimento mantendo o funcionamento da unidade, pelo que continua o funcionamento do programa.

A seguir apresentamos algumas imagens ilustrativas do desenvolvimento das ações do projeto em nossa Unidade.



Figura 3: Fotografia Auxiliar de Enfermagem fazendo aferição de PA na UBS Centro. São Sepé/RS. 2015..



Figura 4: Fotografia de Auxiliar de Enfermagem fazendo aferição de HGT na UBS Centro. São Sepé/RS. 2015..



Figura 5: Fotografia Discussão do projeto de intervenção na comunidade da UBS Centro. São Sepé/RS. 2015.



Figura 6: Fotografia Reunião de Equipe na UBS Centro. São Sepé/RS. 2015.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

De modo geral as ações previstas em nosso projeto de intervenção foram desenvolvidas, algumas com certas dificuldades. A única ação que efetivamente não

ocorreu foram às visitas domiciliares. Assim, só foi possível cumprir a meta referentes à busca ativa de faltosos em função da atuação dos líderes comunitários. A falta dos ACS dificultou também o cadastramento dos usuários com HAS e DM, que terminou sendo realizado apenas na Unidade de Saúde.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Quanto à coleta e sistematização dos dados da intervenção, nossa equipe teve dificuldades pontuais, em função da utilização do computador para outras atividades (durante a campanha de vacinação, por exemplo). E da falta de alguns dados dos usuários, além da pouca disponibilidade de computadores na nossa UBS. O preenchimento melhorou no decorrer do curso de nossa intervenção, mas ainda continua com dificuldades, relacionada especialmente com a pouca disponibilidade de máquinas e profissionais para a digitação.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.

As ações da intervenção, que propiciaram a ampliação da cobertura e a melhoria da qualidade da atenção prestada aos usuários com HAS e DM, terão continuidade em nossa Unidade. Estão mantidas todas as ações implantadas através do Projeto, e a equipe sente que seu trabalho melhorou, estando agora mais organizado e eficiente.

4 Avaliação da intervenção.

4.1 Resultados

A UBS Centro contou, durante a intervenção, com um médico clínico geral, um pediatra, três psicólogos, uma enfermeira, quatro técnicas de enfermagem, dois auxiliares de enfermagem, um odontólogo, um auxiliar de odontologia, dois auxiliares de serviço geral, um motorista, dois recepcionistas e um administrador. Dos 4036 usuários, 2705 têm 20 anos ou mais de idade, dos quais 614 são pessoas com hipertensão e 151 são pessoas com diabetes. A intervenção foi realizada num período de 12 semanas, entre os dias 18 de maio e 7 de agosto, e dela participaram 241 usuários, sendo 215 pessoas com hipertensão e 62 pessoas com diabetes. Apresentamos a seguir os resultados obtidos com a intervenção.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de usuários hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde

O Gráfico 1 apresenta a evolução da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Centro ao longo da intervenção. A concluir o primeiro mês da intervenção, tínhamos cadastradas 96 das 614 pessoas com hipertensão (15,6%). No segundo mês incrementamos a cobertura para 26,1% (160 das 614 pessoas com hipertensão) e ao termino dos 3 meses da intervenção obtivemos um total de 215 das 614 pessoas com hipertensão cadastradas, representando (35%) (Gráfico 1).

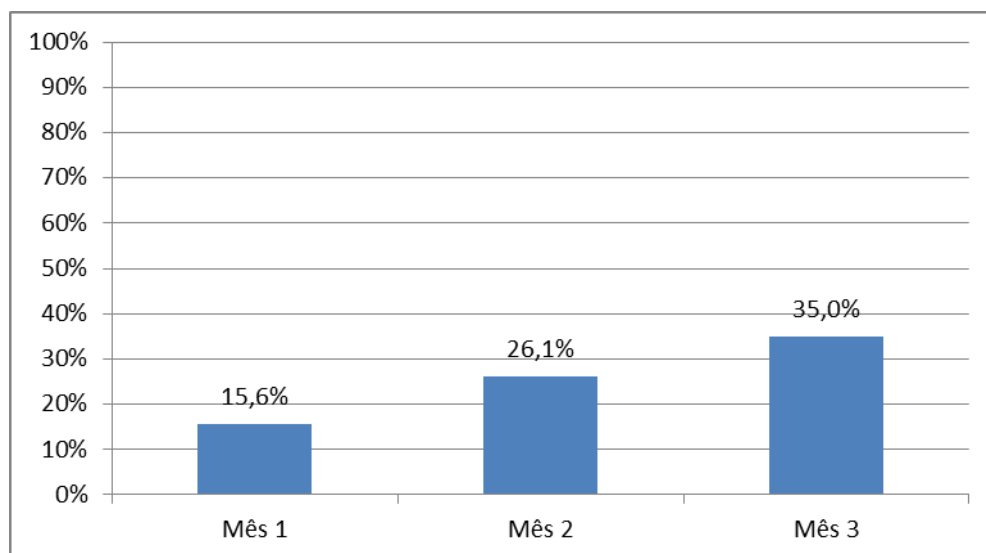


Figura 7: Gráfico 1. Cobertura do programa de atenção às pessoas com hipertensão na UBS Centro. São Sepé, RS. 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Durante nosso trabalho realizamos diferentes estratégias e ações para alcançar a meta estimada, mas os imprevistos no decorrer de nosso trabalho na UBS e as limitações da nossa Unidade dificultaram a plena realização da meta. É importante ressaltar que a intervenção enfrentou diversas dificuldades, considerando que nossa UBS está instalada em um prédio adaptado, que não dispomos dos recursos humanos e da organização da Estratégia de Saúde da Família, além de não termos ACS. Conseguimos realizar algumas atividades com o apoio de líderes dos bairros. É importante destacar também que o período de intervenção inicialmente estava previsto e foi planejado para 16 semanas, mas foi necessária a redução de tempo para 12 semanas, o que também contribuiu para o não alcance da meta de cobertura inicialmente planejada. Além disso, o surto de doenças respiratórias, ocasionado pelas mudanças frequentes no clima em nosso município, atrapalhou muito a realização de consultas aos usuários cadastrados na intervenção.

Meta 1.2: Cadastrar 100% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

O Gráfico apresenta a evolução da cobertura do programa de atenção às pessoas com diabetes na UBS Centro ao longo da intervenção. Ao concluir o primeiro mês da intervenção, tínhamos cadastradas 38 das 151 pessoas com diabetes (25,2%). No segundo mês incrementamos a cobertura para 32,5% (49 das

151 pessoas com diabetes) e ao termino dos 3 meses da intervenção obtivemos um total de 62 das 151 pessoas com diabetes cadastrados, representando (41,1%) (Gráfico 2).

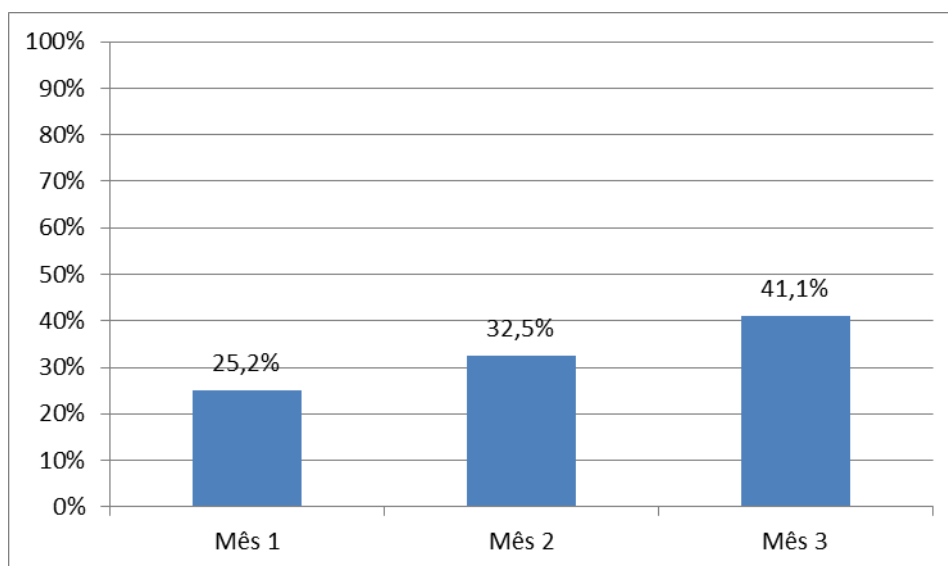


Figura 8: Gráfico 2. Cobertura do programa de atenção as pessoas com diabetes na UBS Centro. São Sepé, RS. 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Para nosso trabalho realizamos diferentes estratégias e ações para alcançar a meta estimada, mas os imprevistos no decorrer de nosso trabalho na UBS e as limitações da nossa unidade dificultaram a plena realização da meta. É importante ressaltar que a intervenção enfrentou diversas dificuldades, considerando que nossa UBS está instalada em um prédio adaptado, que não dispomos dos recursos humanos e da organização da Estratégia de Saúde da Família, além de não temos ACS. Conseguimos realizar algumas atividades com o apoio de líderes dos bairros. É importante destacar também que o período de intervenção inicialmente estava previsto e foi planejado para 16 semanas, mas foi necessária a redução de tempo para 12 semanas, o que também contribuiu para o não alcance da meta de cobertura inicialmente planejada. Além disso, o surto de doenças respiratórias, ocasionado pelas mudanças frequentes no clima em nosso município, atrapalhou muito a realização de consultas aos usuários cadastrados na intervenção.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção as pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Durante os três meses de intervenção realizamos exames clínicos de todos as 215 pessoas com hipertensão cadastrados, de acordo com o protocolo. No primeiro mês os exames clínicos adequados foram realizados em 96 das 96 pessoas com hipertensão cadastradas (100%), no segundo mês foi realizado exames clínicos as 160 das 160 pessoas com hipertensão cadastradas (100%), e no terceiro mês se avaliaram 215 das 215 pessoas com hipertensão cadastradas (100%), cumprindo-se assim a meta proposta.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

De acordo com a meta proposta ao início de nosso trabalho, conseguimos realizar os exames clínicos de todos das pessoas com diabetes cadastradas, de acordo com o protocolo. No primeiro mês, os exames foram realizados em 38 das 38 pessoas com diabetes (100%); no segundo mês, em 49 das 49 pessoas com diabetes (100%), e no terceiro mês todas as 62 pessoas com diabetes cadastradas (100%) estavam com seus exames em dia, de acordo com o protocolo. Cumprimos, assim, a meta proposta no projeto de Intervenção.

Conseguimos esses resultados através de uma boa organização do trabalho, com a realização dos exames logo após o cadastramento do usuário.

Meta 2.3: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão à realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

De acordo com a meta proposta ao início de nosso trabalho, conseguimos realizar os exames complementários de todas as pessoas com hipertensão cadastradas, de acordo com o protocolo. No primeiro mês, os exames foram realizados em 96 das 96 pessoas com hipertensão (100%); no segundo mês, e no terceiro mês todas as 215 pessoas com hipertensão cadastradas (100%) estavam com seus exames em dia, de acordo com o protocolo. Cumprimos, assim, a meta proposta no projeto de Intervenção.

Conseguimos esses resultados através de uma boa organização do trabalho, com a realização dos exames logo após o cadastramento do usuário.

Vale acrescentar que encontramos 57% das pessoas com hipertensão índices elevados de colesterol, exame no qual tivemos um maior número de usuários em descontrole.

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com diabetes à realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês da intervenção os exames complementares adequados foram realizados para 38 das 38 pessoas com diabetes cadastradas (100%); no segundo mês eles foram realizados para 49 das 49 pessoas com diabetes cadastradas (100%); e, no terceiro mês, ao final da intervenção, 62 das 62 pessoas com diabetes cadastradas haviam realizados os exames, cumprindo-se assim a meta proposta.

Os resultados foram alcançados graças ao apoio do gestor do município e do Laboratório Clínico Santo Antônio. Dessa forma, destacamos o apoio dos gestores que ajudaram a estabelecer prioridades para a realização dos exames laboratoriais, aumentando o número de vagas para nossos usuários sem comprometer as demais vagas disponíveis para o conjunto da população. Acreditamos que, com a continuidade de nosso trabalho, continue o apoio dos gestores e do laboratório.

Dos usuários cadastrados como pessoas com diabetes, 69% apresentaram valores elevados de colesterol. Como também ocorreu com as pessoas com hipertensão, esse foi o exame que demonstrou maior descontrole entre os usuários participantes da intervenção.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Em relação à proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia SUS, alcançou-se a meta proposta para a nosso trabalho, com 100% das pessoas com hipertensão cadastradas usando medicamentos disponíveis na farmácia popular. Acreditando que a implantação do Projeto de Intervenção ocorreu um incremento significativo do uso dos medicamentos das farmácias populares.

No primeiro mês da intervenção 96 das 96 (100%) pessoas com hipertensão cadastradas receberam prescrições desses medicamentos, número que subiu para, 160 das 160 pessoas com hipertensão cadastradas (100%) no segundo mês, e para

215 das 215 pessoas com hipertensão cadastradas (100%) ao final do terceiro mês da intervenção.

Os medicamentos mais prescritos foram Captopril 25 mg, Enalapril 10, 20 mg, Anlodipino 5, 10 mg, Atenolol 25, 50, 100 mg, Hidroclorotiazida 25 mg, AAS 100 mg e LosartanaPotassica 50mg, todos disponíveis nas farmácias populares.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Em relação à proporção de das pessoas com diabetes cadastradas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia SUS, alcançamos a meta proposta para a nosso trabalho, com 100% das pessoas com diabetes cadastradas usando medicamentos disponíveis na farmácia popular. Acreditando que a implantação do Projeto de Intervenção ocorreu um incremento significativo do uso dos medicamentos das farmácias populares.

No primeiro mês da intervenção 38 das 38 (100%) das pessoas com diabetes cadastradas receberam prescrições desses medicamentos, número que subiu para, 49 das 49 das pessoas com diabetes cadastradas (100%) no segundo mês, e para 62 das 62 das pessoas com diabetes cadastradas (100%) ao final do terceiro mês da intervenção.

Dos medicamentos mais usados foi a Metformina 500 e 850 mg, Glibenclamida 5 mg Insulina regular e Insulina NPH.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

No primeiro mês da intervenção 96 das 96 das pessoas com hipertensão cadastradas (100%) passaram por avaliação de necessidade de tratamento odontológico, número que subiu para, 156 das 160 das pessoas com hipertensão cadastradas (91,3%), e para 172 das 215 das pessoas com hipertensão cadastradas(75,0%) (Gráfico 3).

Não conseguimos atingir a meta proposta, de propiciar avaliação da necessidade de atendimento odontológico para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas em função de dificuldades com o clima da área, que motivaram faltas de usuários agendados, assim como por problemas da saúde do odontólogo, que motivaram seu afastamento do serviço por alguns dias.

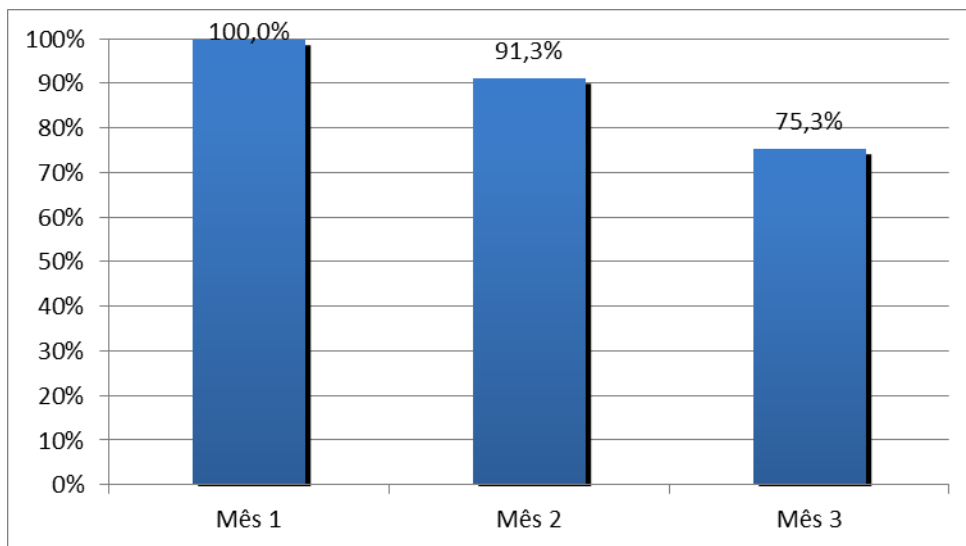


Figura 9: Gráfico 3: Proporção de pessoas com hipertensão com necessidades de atendimento odontológico na UBS Centro. São Sepé, RS. 2015. Fonte: Planilha de coleta de Dados.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

No primeiro mês da intervenção 38 das 38 das pessoas com diabetes cadastradas (100%) passaram por avaliação de necessidade de tratamento odontológico, número que subiu para, 47 das 49 das pessoas com diabetes cadastradas (95,9%), e para 53 das 62 das pessoas com diabetes cadastradas (85,5%) (Gráfico 4).

Não conseguimos atingir a meta proposta, de propiciar avaliação da necessidade de atendimento odontológico para 100% das pessoas com diabetes cadastradas em função de dificuldades com o clima da área, que motivaram faltas de usuários agendados, assim como por problemas da saúde do odontólogo, que motivaram seu afastamento do serviço por alguns dias.

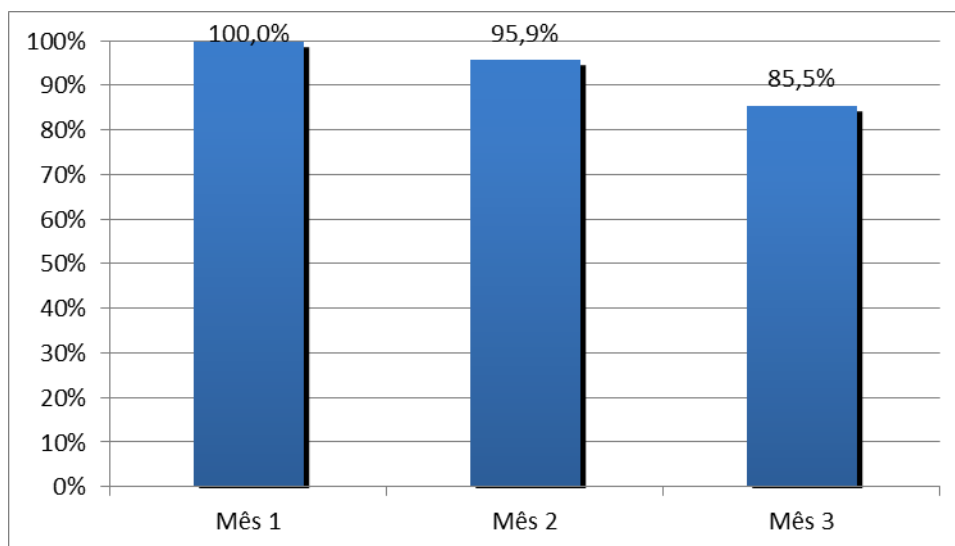


Figura 10: Gráfico 4: Proporção de pessoas com diabetes com necessidades de atendimento odontológico na UBS Centro. São Sepé, RS. 2015. Fonte: Planilha de coleta de Dados.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes ao programa

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada.

No primeiro mês da intervenção 7 das 96 das pessoas com hipertensão cadastradas como hipertensos faltaram às consultas, tendo os 7 recebido busca ativa (100%). No segundo mês os faltosos foram 38 das 160 das pessoas com hipertensão, tendo todas as 38 (100%) recebido busca ativa. E, ao final da intervenção, o número das pessoas com hipertensão cadastradas faltosas às consultas chegou a 78 entre as 215 cadastradas, sendo que todas as 78 receberam busca ativa (100%).

Conseguimos manter 100% de busca ativa das pessoas com hipertensão faltosas às consultas da intervenção, apesar de não termos agentes comunitários de saúde em nossa Unidade. Isso aconteceu pela atuação dos líderes das comunidades, que nos deram apoio incondicional durante todo o decorrer de nosso trabalho, visitando os usuários e motivando-os para retornarem ao acompanhamento.

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas diabetes faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

No primeiro mês da intervenção 2 das 38 das pessoas com diabetes cadastradas como diabéticos faltaram às consultas, tendo as 2 recebido busca ativa (100%). No segundo mês os faltosos foram 9 das 49 das pessoas com diabetes cadastradas, tendo todas as 9 (100%) recebido busca ativa. E, ao final da intervenção, o número das pessoas com diabetes cadastradas faltosas às consultas chegou a 20 entre as 62 cadastradas, sendo que todas as 20 receberam busca ativa (100%).

Conseguimos manter 100% de busca ativa das pessoas com diabetes cadastradas faltosas às consultas da intervenção, apesar de não termos agentes comunitários de saúde em nossa unidade. Isso aconteceu pela atuação dos líderes das comunidades, que nos deram apoio incondicional durante todo o decorrer de nosso trabalho, visitando os usuários e motivando-os para retornarem ao acompanhamento.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Em relação aos números e proporções das pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento. Pelo tivemos, no primeiro mês, 96 das 96 das pessoas com hipertensão cadastradas com registros adequados, no segundo mês 160 das 160 das pessoas com hipertensão cadastradas com registros adequados (100%) e, no terceiro mês 215 das 215 das pessoas com hipertensão cadastradas com registros adequados (100%). Conseguimos, portanto, atingir a meta definida no projeto de intervenção.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Em relação aos números e proporções das pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento. Pelo tivemos, no primeiro mês, 38 das 38 das pessoas com diabetes cadastradas com registros adequados, no segundo mês 49 das 49 das pessoas com diabetes cadastradas com registros adequados (100%) e, no terceiro mês 62 das 62 das pessoas com diabetes cadastradas com registros adequados (100%). Conseguimos, portanto, atingir a meta definida no projeto de intervenção.

Objetivo 5: Mapear as pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

A relação à proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia observamos que, no primeiro mês, 96 das 96 das pessoas com hipertensão cadastradas (100%), tiveram estratificação de risco cardiovascular em dia, número que chegou a 139 das 160 das pessoas com hipertensão cadastradas (86,9%) no segundo mês. No terceiro mês esse percentual caiu para 75,3%, com 162 das 215 das pessoas com hipertensão cadastradas com risco para doença cardiovascular mapeado. (Gráfico 5).

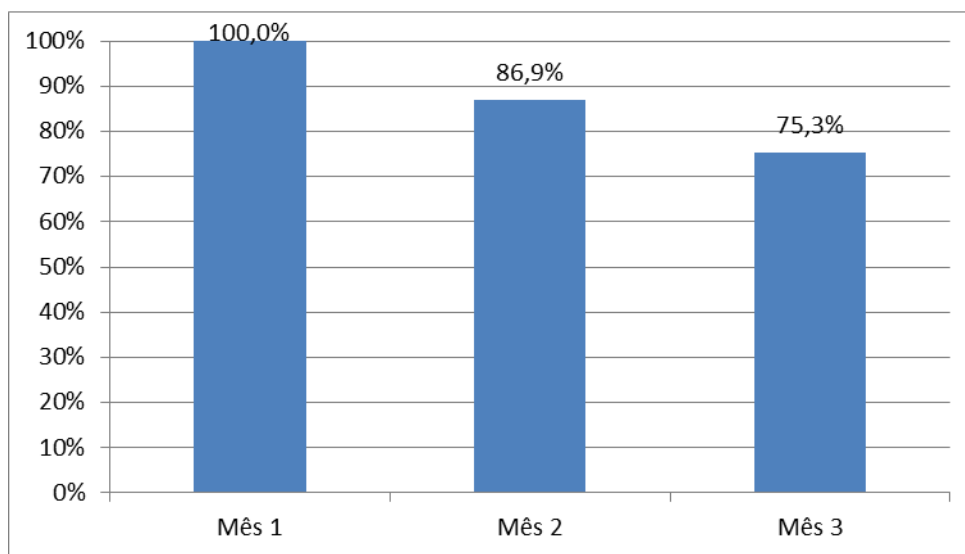


Figura 11: Gráfico 5: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Centro. São Sepé, RS. 2015. Fonte: Planilha de coleta de Dados.

Não se consegue a meta da estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia das pessoas com hipertensão cadastradas, no decorrer de nosso trabalho, devido ao fato de que muitos usuários não tinham um bom controle das doenças e outros tinham atrasos nas consultas médicas.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde

A relação à proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia observamos que, no primeiro mês, 38 das 38 das pessoas com diabetes cadastradas (100%), tiveram estratificação de risco cardiovascular em dia, número que chegou a 44 das 49 das pessoas com diabetes cadastradas (89,8%) no segundo mês. No terceiro mês esse percentual caiu para 82,3%, com 51 das 62 das pessoas com diabetes cadastradas com risco para doença cardiovascular mapeado. (Gráfico 6).

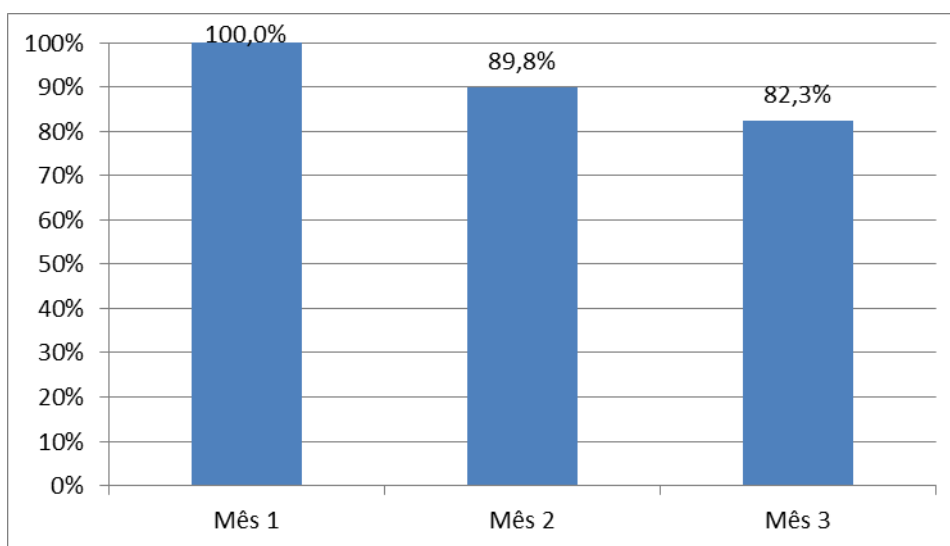


Figura 12: Gráfico 6: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínica em dia na UBS Centro. São Sepé, RS. 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Não se consegue a meta da estratificação de risco cardiovascular por exame clínica em dia das pessoas com diabetes cadastradas, no decorrer de nosso trabalho, devido ao fato de que muitos usuários não tinham um bom controle das doenças e outros tinham atrasos nas consultas medicas.

Objetivo 6: Promover a saúde das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

Alcançamos a proporção de 100% das pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável em todos os 3 meses da intervenção, que foi nossa meta inicial. No primeiro mês foram 96 das 96 das

peessoas com hipertensão cadastradas (100%) com orientações sobre alimentação saudável; no segundo mês foram 160 das 160 das pessoas com hipertensão cadastradas (100%) com orientações sobre alimentação saudável; e, no terceiro mês, 215 das 215 das pessoas com hipertensão cadastradas na intervenção (100%) haviam recebido orientações sobre alimentação saudável.

Essas orientações foram prestadas em rodas de conversa, cuja frequência média foi de 17 usuários em cada uma delas.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

Alcançamos a proporção de 100% das pessoas com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável em todos os 3 meses da intervenção, que foi nossa meta inicial. No primeiro mês foram 38 das 38 das pessoas com diabetes cadastradas (100%) com orientações sobre alimentação saudável; no segundo mês foram 49 das 49 das pessoas com diabetes cadastradas (100%) com orientações sobre alimentação saudável; e, no terceiro mês, 62 das 62 das pessoas com diabetes cadastradas na intervenção (100%) haviam recebido orientações sobre alimentação saudável.

Conhecendo o modo e estilo de vida dos usuários gaúchos com respeito à alimentação foi um trabalho duro e difícil para nossa equipe, mais se conseguiu levar a cada um de nossos casos. Essas orientações foram prestadas em rodas de conversa, cuja frequência média foi de 17 usuários em cada uma delas.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Alcançamos a proporção de 100% das pessoas com hipertensão com orientação em relação à prática regular de atividade física em todos os 3 meses da intervenção, que foi nossa meta inicial. No primeiro mês foram 96 das 96 das pessoas com hipertensão cadastradas (100%) com orientação à prática regular de atividade física; no segundo mês foram 160 das 160 das pessoas com hipertensão cadastradas (100%) com orientações em relação à prática regular de atividade física; e, no terceiro mês, 215 das 215 das pessoas com hipertensão cadastradas na intervenção (100%) haviam recebido orientação em relação à prática regular de atividade física.

Essas orientações foram prestadas de forma individual nas consultas medicas, com apoio das academias e em rodas de conversa, cuja frequência média foi de 17 usuários em cada uma delas.

Meta 6. 4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Alcançamos a proporção de 100% das pessoas com diabetes com orientação em relação à prática regular de atividade física em todos os 3 meses da intervenção, que foi nossa meta inicial. No primeiro mês foram 38 das 38 das pessoas com diabetes cadastradas (100%) com orientação à prática regular de atividade física; no segundo mês foram 49 das 49 das pessoas com diabetes cadastradas (100%) com orientações em relação à prática regular de atividade física; e, no terceiro mês, 62 das 62 das pessoas com diabetes cadastradas na intervenção (100%) haviam recebido orientação em relação à prática regular de atividade física.

Essas orientações foram prestadas de forma individual nas consultas medicas, com apoio das academias e em rodas de conversa, cuja frequência média foi de 17 usuários em cada uma delas.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Alcançamos a proporção de 100% das pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo em todos os 3 meses da intervenção, que foi nossa meta inicial. No primeiro mês foram 96 das 96 das pessoas com hipertensão cadastradas (100%) com orientação sobre os riscos do tabagismo; no segundo mês foram 160 das 160 das pessoas com hipertensão cadastradas (100%) com orientações sobre os riscos do tabagismo; e, no terceiro mês, 215 das 215 das pessoas com hipertensão cadastradas na intervenção (100%) haviam recebido orientação sobre os riscos do tabagismo.

Essas orientações foram prestadas de forma individual nas consultas medicas e em rodas de conversa, cuja frequência média foi de 17 usuários em cada uma delas.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Alcançamos a proporção de 100% das pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo em todos os 3 meses da intervenção, que foi nossa meta inicial. No primeiro mês foram 38 das 38 das pessoas com diabetes

cadastradas (100%) com orientação sobre os riscos do tabagismo; no segundo mês foram 49 das 49 das pessoas com diabetes cadastradas (100%) com orientações sobre os riscos do tabagismo; e, no terceiro mês, 62 das 62 das pessoas com diabetes cadastradas na intervenção (100%) haviam recebido orientação sobre os riscos do tabagismo.

Essas orientações foram prestadas de forma individual nas consultas medicas e em rodas de conversa, cuja frequência média foi de 17 usuários em cada uma delas.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Alcançamos a proporção de 100% das pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal em todos os 3 meses da intervenção, que foi nossa meta inicial. No primeiro mês foram 96 das 96 das pessoas com hipertensão cadastradas (100%) com orientação sobre higiene bucal; no segundo mês foram 160 das 160 das pessoas com hipertensão cadastradas (100%) com orientações sobre higiene bucal; e, no terceiro mês, 215 das 215 das pessoas com hipertensão cadastradas na intervenção (100%) haviam recebido orientação sobre higiene bucal.

Essas orientações foram prestadas de forma individual nas consultas medicas, consultas de odontologia e em rodas de conversa, cuja frequência média foi de 17 usuários em cada uma delas.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Alcançamos a proporção de 100% das pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal em todos os 3 meses da intervenção, que foi nossa meta inicial. No primeiro mês foram 38 das 38 d das pessoas com diabetes cadastradas (100%) com orientação sobre higiene bucal; no segundo mês foram 49 das 49 das pessoas com diabetes cadastradas (100%) com orientações sobre higiene bucal; e, no terceiro mês, 62 das 62 das pessoas com diabetes cadastradas na intervenção (100%) haviam recebido orientação sobre higiene bucal.

Essas orientações foram prestadas de forma individual nas consultas medicas, consultas de odontologia e em rodas de conversa, cuja frequência média foi de 17 usuários em cada uma delas.

4.2 Discussão

O trabalho de intervenção realizado na Unidade Básica de Saúde Centro propiciou à ampliação da cobertura da atenção as pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes de nossa área de abrangência, a melhoria dos registros dos atendimentos e atividades desenvolvidas pela equipe de saúde, o acesso dos portadores dessas condições crônicas a esses cuidados e a ampliação das ações de educação popular sobre temas como os riscos do tabagismo, a importância da alimentação saudável, o risco cardiovascular e a importância da realização de atividades físicas.

A intervenção propiciou a capacitação da equipe para realizar as atividades preconizadas pelo Ministério de Saúde, tais como o diagnóstico, a avaliação de risco cardiovascular, o tratamento dos portadores e a realização de atividades de educação da população da nossa área de abrangência. As atividades diárias da equipe promoveram o trabalho em equipe, integrando as atividades da médica, da enfermeira, das auxiliares de enfermagem e da recepção e propiciando um impacto na organização dos processos de trabalho. Isto contribuiu para a melhoria do desempenho de toda a equipe, otimizando o trabalho e tornando-o mais gratificante para todos.

Para nosso serviço, a implementação da intervenção, com a organização das programações para portadores de HAS e DM teve muita importância, pois antes esse trabalho era considerado como uma responsabilidade exclusiva se do da médica da UBS. Uma vez iniciada a intervenção, as atribuições da equipe ficaram bem definidas, viabilizando a atenção qualificada a um maior número de usuários. A estratégia adotada para melhorar o registro e o agendamento das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes foi de agendar de 5 a 6 casos por turno nas consultas e o resto pelo agendamento da demanda espontânea.

Estamos conseguindo realizar o adequado monitoramento dos usuários, uma vez que agora temos todos os usuários com classificação de risco. Também passamos a dispor de informações necessárias para definir as prioridades de atendimento e identificando, assim como para identificar os faltosos e realizar sua busca ativa e também os usuários com necessidades do atendimento odontológico. Com o preenchimento das fichas espelho, o serviço melhorou pode organizar os

pedidos de exames complementários, evitando o uso indiscriminado dos exames e encaminhamentos.

Avalio que, apesar da importância da implantação do programa de acompanhamento de portadores de HAS e DM, o impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade, pois faltam muitos usuários por avaliar. Apesar disso, tivemos apoio incondicional dos líderes das comunidades na prestação dos serviços e na busca dos casos, uma vez que não dispomos de Agentes Comunitários de Saúde na UBS Centro. As pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes cadastradas e acompanhadas sentiram-se satisfeitas com a prioridade, com os atendimentos e com as orientações recebidas. Só observamos usuários insatisfeitos durante o período em que tivemos um surto de doenças respiratórias, pois os mesmos tinham que esperar mais pelos atendimentos em função da prioridade dada aos portadores de HAS e DM. De modo geral, a comunidade percebe a importância da intervenção, o que faz com que novos usuários nos procurem a cada dia, buscando para si os benefícios já obtidos por seus vizinhos e amigos.

Acredito que, se tivesse que iniciar a intervenção neste momento, a primeira iniciativa que teria seria a de solicitar apoio à comunidade, assim como ideias sobre como envolvê-los mais intensamente força em nossas atividades diárias, especialmente na busca de usuários de risco para as duas doenças e na capacitação de ativistas das comunidades, para melhor a educação popular.

Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe se manteve integrada desde o primeiro momento, com interesse e desejo de trabalhar. Com a incorporação das programações na rotina do serviço, estou certa de que teremos condições de superar as dificuldades encontradas pelo caminho. Assim, é grande a viabilidade de incorporar à intervenção a rotina do serviço, pois isso nos ajuda a melhorar o atendimento às pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes de toda nossa área. Vamos a realizar uma base de dados mais ampla para poder coletar e monitorar e identificar os casos com prioridade por data de consultas, para evitar que faltou a consulta.

A partir do mês de novembro, quando chegará mais um médico para a Equipe da UBS, poderemos ampliar a cobertura de atendimento das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes, bem como melhorar o atendimento à demanda espontânea e ampliar a capacidade de agendamento de consultas. Tomando este

projeto como exemplo, pretendemos agora implementar o Programa de Saúde da Mulher em nossa UBS.

4.3 Relatórios da intervenção para gestores.

Ao Marcelo Ellwanger.

Senhor Secretario da Saúde do município São Sepé/RS.

Sou a Dra. Merlys Cristina Serrano Caballero, e trabalho na UBS Centro, contratada por meio do Programa Mais Médico para o Brasil. Juntamente com a Equipe da Unidade, realizei entre os meses de maio a agosto de 2015 um Projeto de Intervenção voltado para os usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, residentes na área da UBS. Nosso objetivo era melhorar o atendimento a esses usuários, utilizando os Protocolos do Ministério de Saúde, para os quais capacitamos todos os profissionais da unidade. A escolha deste problema de saúde foi motivada pela sua importância como causa de morbidade e de mortalidade em nossa população, o que torna sua prevenção e controle uma atribuição fundamental da nossa rede de saúde. Com a intervenção, conseguimos avaliar, acompanhar e monitorar muitos dos nossos usuários com essas doenças, além de melhorar a qualidade dos registros e estabelecer uma sistemática de monitoramento e avaliação do trabalho desenvolvido.

A intervenção apresentou resultados satisfatórios, conseguindo envolver os líderes das comunidades e estabelecer uma nova rotina de trabalho na Unidade Básica de Saúde. Durante o desenvolvimento da intervenção melhoramos a qualidade do atendimento, com evidente satisfação da população.

Ao longo dos 3 meses da intervenção, cadastramos 241 usuários, sendo 215 pessoas com hipertensão (35,0%) e 62 pessoas com diabetes (41,1%), o que representa respectivamente 35% e 41,4% dos usuários com essas doenças na nossa comunidade

Escolha uns 5 ou 6 dados para apresentar nesse Relatório, mas escolha os que julga mais importantes e os coloque em ordem de importância.

Utilizamos meios de difusão massiva para informar à população sobre nossa intervenção, e julgamos que conseguimos ampliar significativamente o conhecimento da população sobre esses problemas de saúde e suas complicações, assim como sobre a importância da adoção de hábitos e estilos de vidas saudáveis evitarem ou manter controladas essas doenças.

É importante dizer que, apesar dos êxitos do programa, ainda temos muitas pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes para cadastrar e acompanhar. E que esperamos poder continuar contando com o apoio dos gestores municipais para manter a qualificação do atendimento em nossa UBS, já que nossa equipe busca aperfeiçoar o serviço prestado a toda a população da nossa área de abrangência. Acredito que seja necessária uma reorganização, para transformar a UBS tradicional em uma UBS com o modelo da Estratégia de Saúde da Família, para propiciar um acompanhamento mais qualificado à saúde dos moradores da área.

Atenciosamente,

Dra. Merlys Cristina Serrano Caballero.

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

Ao Joao Octavio Title Kiow.

Prezada comunidade do Bairro Centro.

Eu sou a Dra. Merlys Cristina Serrano Caballero, medica do Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB), e estou trabalhando na UBS Centro.

Durante os meses de maio a agosto de 2015, a equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Centro realizou um projeto de intervenção para melhorar a qualidade da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) da UBS Centro. Esse projeto fez parte do meu Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas/RS (UFPEL), e teve como objetivo qualificar o trabalho da unidade junto a toda a nossa comunidade.

Nossa equipe de saúde escolheu trabalhar com os portadores destas doenças por causa da importância das mesmas e por perceber que haviam muitas deficiências no atendimento prestados a esses usuários.

O projeto de intervenção começou com o cadastramento dos usuários maiores de 20 anos, portadores de hipertensão e diabetes, o objetivo de incluí-los em um programa para garantir a realização de exames e avaliações de saúde, acesso a orientações educativas, medicamentos e exames complementares, além de viabilizar seus encaminhamentos para serviços especializados sempre que necessários. Queremos informar a vocês que se continuaram realizando melhoras no decorrer dos próximos anos para implantar todos os programas do Ministério de Saúde, em aras de melhorar seu atendimento.

Estas ações foram realizadas durante 12 semanas, organizadas por um cronograma de atividades das quais participaram os membros da equipe de saúde e também líderes da comunidade e gestores municipais.

Participaram da intervenção 241 usuários, sendo que 215 pessoas com hipertensão e 62 pessoas com diabetes, todos residentes em nossa área de abrangência.

Todos passaram por exames clínicos e complementares, e maioria deles também receberam exames para avaliação das necessidades de atendimento odontológico. Também identificamos as pessoas com riscos cardiovasculares e

neurológicos, ensinamos a importância da realização de acompanhamento periódico e a importância de mudar modos e estilos de vidas.

Vamos continuar a realizar esse atendimento, procurando garantir atendimento com boa qualidade em nossa UBS, e contamos com a colaboração de vocês, que são os membros desta comunidade e nossos usuários. O trabalho da UBS Centro é para vocês!

Abraços,

Merlys Cristina Serrano Caballero.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Inicialmente gostaria de comentar o início do Curso foi muito difícil para mim. Eu nunca havia realizado um curso à distância, ainda mais em outro idioma. Meus conhecimentos do idioma eram poucos, e não conhecia os termos técnicos da especialidade de medicina em português. Desde o início eu tinha grandes expectativas, avaliando que o curso poderia me ajudar a compreender o funcionamento do sistema de saúde brasileiro, mas com a modalidade de ensino nova, outra língua, com legislação e protocolos de saúde novos e algumas dificuldades com a internet, cheguei a pensar em me desligar do programa. O Curso com um mês e meio de atraso, tendo que realizar rapidamente todas as tarefas atrasadas, tendo tido também dificuldades no diálogo e na compreensão mútua com minha primeira orientadora. Mas eu gostei desta experiência, especialmente depois da substituição do meu orientador, a quem sou grata por sua paciência e pelo apoio no esclarecimento de todas as dúvidas que tive. Também recebi muita ajuda do Supervisor do Programa Mais Médicos para o Brasil, que me ajudou muito, da Secretaria de Saúde e da minha equipe de Saúde, que sempre confiou em mim e prestou muita ajuda em todos os momentos.

Quero esclarecer que, sem a experiência e a capacidade organizativa da minha equipe de saúde, jamais teria conseguido realizar o projeto de intervenção.

Este curso foi e será muito importante para minha prática profissional, pois tive que dobrar meus esforços para realizar minhas atividades e estudar os manejos dos usuários nas diferentes ações programáticas priorizadas pelo Ministério de Saúde. Conhecer as leis, os protocolos de atendimento das doenças crônicas (HAS e DM), que foram os temas do nosso trabalho, com suas complicações e riscos, me ajudaram a desenvolver o projeto de intervenção na comunidade. A intervenção não propiciou somente o atendimento aos usuários, ele, mas também estimulou mudanças nos modos e estilos de vida da população, pela ação direta das atividades de promoção e prevenção.

É bom esclarecer que, pela primeira vez, estou trabalhando com uma população com estilos de vidas diferentes das que prevalecem em meu país, com dieta inadequada, que gerais níveis altos de colesterol e ácido úrico, de difícil mudança por sua idiossincrasia. E que essa situação representou para mim um grande desafio. Mas me sinto grata por tudo o que eu consegui, sobretudo por

perceber a satisfação da população por manter suas doenças sob controle, sem complicações, e por receber atendimento qualificado e humanizado. Já incorporamos o novo programa de hipertensão e diabetes na rotina de trabalho da nossa UBS e agora estamos buscando novos portadores de HAS e DM e usuários em situação de risco para essas doenças, que ainda não estão em acompanhamento pela unidade. Assim poderemos oferecer os mesmos benefícios para um número ainda maior de usuários da nossa comunidade.

Referencias

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013 a. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: VIGITEL 2009. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

ANEXOS

Anexo A - Documento do comitê de ética

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|  UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA | |
| OF. 15/12 | Pelotas, 08 de março 2012. |
| Ilma Srª Profa Ana Cláudia Gastal Fassa | |
| <i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i> | |
| Prezada Pesquisadora; | |
| Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. | |
|  Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel | |

INDICADORES

| | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| 1.1 | | | | |
| Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde | 19,8% | 55,2% | 69,7% | 88,6% |
| Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residente na área e acompanhados na UBS | 95 | 237 | 299 | 380 |
| Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residente na área de abrangência da unidade de saúde | 429 | 429 | 429 | 429 |



| | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|--------|
| 1.2 | | | | |
| Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde | 27,4% | 80,2% | 99,1% | 100,0% |
| Numerador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS | 29 | 85 | 105 | 106 |
| Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residente na área de abrangência da unidade de saúde | 106 | 106 | 106 | 106 |



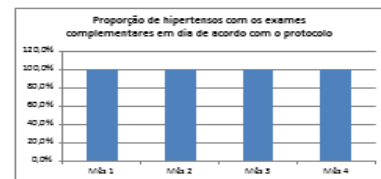
| | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|
| 2.1 | | | | |
| Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo | 95 | 237 | 299 | 380 |
| Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS | 95 | 237 | 299 | 380 |



| | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|
| 2.2 | | | | |
| Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| Numerador: Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo | 29 | 85 | 105 | 106 |
| Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS | 29 | 85 | 105 | 106 |



| | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|
| 2.3 | | | | |
| Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| Numerador: Número de hipertensos com exames complementares periódicos em dia | 95 | 237 | 299 | 380 |
| Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS | 95 | 237 | 299 | 380 |



| | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|
| 2.4 | | | | |
| Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| Numerador: Número de diabéticos com exames complementares periódicos em dia | 29 | 85 | 105 | 106 |
| Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS | 29 | 85 | 105 | 106 |



Anexo C-Ficha espelho

FICHA ESPELHO

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

Data do ingresso no programa __/__/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: __/__/____
 Endereço: _____ Telefones de contato: _____/_____
 Precisa de cuidador? () Sim () Não Nome do cuidador _____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____
 Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? () Sim () Não Data da primeira consulta odontológica __/__/____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible][illegible]

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

[illegible][illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão à disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, Documento _____

declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante